

診療情報提供書（検査依頼書）

年 月 日

| | |
|--------------|-----------|
| フリガナ 患者氏名 | 男・女 |
| 生年月日 大・昭・平 | 年 月 日（ 歳） |
| 住所 | |
| TEL | （ ） |
| 身長 | cm 体重 kg |

医療機関名 _____

TEL _____

FAX _____

担当医 _____

| | | |
|------|-------|----------------|
| 希望日時 | 年 月 日 | AM ・ PM ・ 指定なし |
|------|-------|----------------|

検査サービスのご利用に伴い、以下の必要事項にご記入をお願いします。

| | |
|--------------------------------------|--|
| 検査項目 (チェック) 該当箇所に○を記 してください | <input type="checkbox"/> 超音波（腹部一般 ・ 頸動脈 ・ 甲状腺 ・ 下肢血管 ・ 心臓） <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 脳波 <input type="checkbox"/> 呼吸機能（VC・FVC） <input type="checkbox"/> ABI検査 <input type="checkbox"/> 骨密度 |
| 病名 | |
| 現病歴 検査目的 留意事項 等 | |
| 添付資料 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他（ ） |

FAXでのお申込をお願いします。
ご不明な点は地域医療連携室までご連絡ください。

秦野赤十字病院
地域医療連携室 TEL 0463-81-0719
FAX 0463-84-1484